



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**AMELOBLASTOMA ADENOIDE: ACTUALIZACIÓN DE UNA
NUEVA ENTIDAD Y REPORTE DE CASO CLÍNICO**

CASO CLÍNICO

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE

ESPECIALISTA EN PATOLOGÍA BUCAL

P R E S E N T A:

PAOLA ENRÍQUEZ NEYRA

TUTORA: Dra. CARLA MONSERRAT RAMÍREZ MARTÍNEZ

ASESOR: Dr. LUIS FERNANDO JACINTO ALEMÁN

MÉXICO, Cd. Mx.

2024



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Dedicatoria

A mis papás que como en cada parte de mi vida me han apoyado incondicionalmente, por todo su cariño, el impulso y motivación, les debo todo.

A Gaby, mi hermanita, he tenido el honor de nacer con mi mejor amiga.

A mis amigos y compañeros que a lo largo del tiempo me han apoyado y llenado de consejos y hacen que el proceso sea más ameno.

A mí misma.

ÍNDICE

1. RESUMEN	4
2. INTRODUCCIÓN	5
2.1 Generalidades de los tumores odontogénicos	5
2.2 Ameloblastoma	7
2.3 Ameloblastoma adenoide	8
2.3.1 Definición	8
2.3.2 Antecedentes	8
2.3.3 Clínica	8
2.3.4 Imagenología	9
2.3.5 Epidemiología	9
2.3.6 Histopatología	11
2.3.7 Pronóstico	12
2.3.8 Tratamiento	12
3. PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO	13
3.1 Imagenología	14
3.2 Características macroscópicas	15
3.3 Características microscópicas	16
4. DISCUSIÓN	17
5. CONCLUSIÓN	18
6. AGRADECIMIENTOS	19
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	20

AMELOBLASTOMA ADENOIDE: ACTUALIZACIÓN DE UNA NUEVA ENTIDAD Y REPORTE DE CASO CLÍNICO

1. RESUMEN

El ameloblastoma adenoide es un tumor odontogénico híbrido, caracterizado por un patrón cribiforme de células basales con polaridad nuclear invertida, un componente epitelial similar al retículo estrellado, estructuras ductales y condensaciones celulares en espiral. Estas características lo asemejan al ameloblastoma y al tumor odontogénico adenomatoide. Fue incluido en la clasificación de Tumores de Cabeza y Cuello de la OMS en 2022. Aunque su agresividad clínica es desconocida, se presenta como un aumento de volumen asintomático y radiográficamente como una lesión radiolúcida de bordes definidos. Genéticamente, se distingue por la ausencia de la mutación en BRAF. Al ser una entidad nueva, los reportes son limitados. En este trabajo, se revisa la literatura y se presenta el caso de una paciente de 40 años con aumento de volumen en el maxilar derecho, atendida en la Facultad de Odontología de la UNAM.

ABSTRACT

Adenoid ameloblastoma is a hybrid odontogenic tumor, characterized by a cribriform pattern of basal cells with inverted nuclear polarity, a stellate reticulum-like epithelial component, ductal structures and spiral cell condensations. These features resemble ameloblastoma and adenomatoid odontogenic tumor. It was included in the WHO classification of head and neck tumors in 2022. Although its clinical aggressiveness is unknown, it presents as an asymptomatic enlargement and radiographically as a radiolucent lesion with defined borders. Genetically, it is distinguished by the absence of the BRAF mutation. Being a new entity, reports are limited. In this paper, we review the literature and present the case of a 40-year-old female

Palabras claves: Ameloblastoma, adenoide, tumor odontogénico, dentinoide, BRAF.

2. INTRODUCCIÓN

2.1 Generalidades de los tumores odontogénicos

Los tumores odontogénicos son un grupo heterogéneo de neoplasias que afectan los huesos maxilar y mandíbula o a la mucosa gingival.¹ Pueden originarse del ectodermo, del mesénquima o de ambos, con o sin formación de tejidos duros que originan un diente.²

En cuanto a su etiología se han estudiado diversas mutaciones en los genes ameloblastina, KRAS, FHIT y p53, que normalmente están involucrados en diversas fases del ciclo celular y cuya mutación favorece o provoca el aumento en la proliferación celular e inestabilidad genómica.²

Son lesiones poco frecuentes, debido a que la incidencia reportada de estas neoplasias depende de las regiones geográficas. Por ejemplo, mientras que en América del Norte representan el 1% de todas las enfermedades bucales, en los países africanos esta cifra se ha registrado hasta en un 19%.³ En el caso particular de nuestro país representan entre el 1-3 % de las neoplasias maxilofaciales.⁴

Los tumor odontogénicos, que se originan a partir de los tejidos involucrados en la formación dental, como el epitelio odontogénico, el ectomesénquima y los restos de la lámina dental, pueden ser benignos o malignos, presentan un comportamiento clínico distinto, las lesiones benignas en general se presentan como aumento de volumen, asintomático, de crecimiento lento que, de no atenderse pueden alcanzar un gran tamaño, ocasionando desplazamiento y movilidad dental, este crecimiento expande y perfora las corticales, puede causar parestesia y, en última instancia, desfiguración facial y pone en riesgo las estructuras vitales adyacentes. Las lesiones malignas suelen ser más agresivas, con crecimiento rápido, invasión local y potencial de recurrencia o metástasis. El tratamiento es quirúrgico, ya sea resección o enucleación.⁵ En el caso de las lesiones de mayor tamaño deben ser resecadas ampliamente por la posibilidad de recurrencias. Las lesiones pequeñas uniloculares son susceptibles de curetaje. En el caso de las neoplasias malignas, se complementa con radioterapia o quimioterapia para controlar la enfermedad y reducir la probabilidad de recurrencia.⁶

A lo largo de la historia se han realizado diversas clasificaciones de las lesiones odontogénicas con base a la morfología celular y adicionalmente en la actualidad el uso de pruebas moleculares genéticas permiten comparar entre estas lesiones. En 1958 la OMS acordó crear una clasificación que se publicó en 1971, titulada como "Tipificación histológica de tumores odontogénicos, quistes mandibulares y lesiones afines", este documento detallaba las neoplasias y quistes de origen odontogénico. La segunda edición, en 1992 no presentó grandes modificaciones. En 2005, la tercera edición, excluyó quistes odontogénicos, pero mantuvo, las "lesiones relacionadas con los huesos y similares a tumores", en la cuarta edición en el 2017 se volvieron a incluir los quistes odontogénicos.⁷

Finalmente, la quinta edición de 2022 no es muy diferente de la clasificación anterior, además de que esta se abrió al acceso en línea en marzo de 2022, la única entidad recientemente definida en las lesiones odontogénicas es el ameloblastoma adenoide, lo incluye como parte de los tumores odontogénicos epiteliales benignos.⁸

La clasificación de tumores odontogénicos, los divide en dos categorías, dependiendo de su comportamiento biológico, como malignos y benignos. Los tumores benignos se clasifican en tres categorías principales según su origen histogénico: epitelial, mesenquimal y mixto.³ (Tabla 1)

Tabla 1. Clasificación de la OMS 2022 de Tumores Odontogénicos³

Tumores odontogénicos
Tumores odontogénicos epiteliales benignos
Tumor odontogénico adenomatoide
Tumor odontogénico escamoso
Tumor odontogénicoepitelial calcificante
Ameloblastoma uniuquístico
Ameloblastoma extraóseo/periférico
Ameloblastoma convencional
Ameloblastoma adenoide
Ameloblastoma metastásico
Tumores odontogénicos mixtos epiteliales y mesenquimales benignos
Odontoma
Tumor odontogénico primordial
Fibroma ameloblástico
Tumor de células fantasma dentinogénicas
Tumores odontogénicos mesenquimales benignos
Fibroma odontogénico
Cementoblastoma
Fibroma cemento-osificante
Mixoma odontogénico
Tumores odontogénicos malignos
Carcinoma odontogénico esclerosante
Carcinoma ameloblástico
Carcinoma odontogénico de células claras
Carcinoma odontogénico de células fantasma
Carcinoma intraóseo primario NOS
Carcinosarcoma odontogénico
Sarcomas odontogénicos

2.2 Ameloblastoma

El ameloblastoma es un tumor odontogénico formado por epitelio odontogénico con estroma fibroso maduro sin un ectomesénquima odontogénico, representan alrededor del 1 % de todos los tumores de cavidad oral, es el segundo tumor odontogénico más común.⁹

Se describió por primera vez por Cusack en 1827 y en 1868 fue Broca quien presentó el primer caso en la literatura. Posteriormente otros autores como Falkson en 1879 realizó la primera descripción histológica de la lesión. En 1885, Malassez introdujo el término adamantinoma-epitelioma. Desde entonces se han utilizado numerosos sinónimos para referirse a este tumor, hasta la actual denominación de ameloblastoma.¹⁰

Su localización más frecuente es la mandíbula, con una prevalencia del 85%, principalmente en la zona de molares y rama ascendente y, con menor frecuencia, en la zona de premolares y región anteroinferior. En el maxilar se presenta solo un 15% de los casos. Suele afectar el área de los molares, el seno maxilar y al piso de las fosas nasales. Es de crecimiento lento, asintomático y con expansión y perforación de la cortical ósea e infiltración a tejidos blandos.¹⁰

Se origina de los componentes epiteliales residuales del desarrollo del diente, como, por ejemplo: remanente de la lámina dental (restos de Serrés), órgano reducido del esmalte, células basales del epitelio de los maxilares, epitelio del órgano del esmalte, epitelio de quistes odontógenos en especial el dentígero y odontomas.¹¹

En la clasificación de la OMS 2022, los ameloblastomas se dividen en varias categorías de acuerdo con sus características histológicas y comportamiento clínico, estos son:

- El ameloblastoma unicístico es una variante intraósea con una única cavidad quística, radiolúcida, unilocular y bien delimitado. Su etiología se asocia a las vías de señalización MAPK desreguladas, siendo BRAF p.V600E la mutación activadora más común en todos los subtipos. Histopatológicamente es de aspecto quístico único revestido por epitelio, con una capa basal columnar con empalizada, polaridad inversa y capas superiores similares a retículos estrellados. En este tipo de ameloblastoma se consideran 3 variantes histopatológicas de acuerdo a su localización: Luminal cuando el epitelio solo reviste la cavidad, intraluminal, nidos epiteliales plexiformes adicionales pueden extenderse solo hacia el lumen y el mural que se presentan Islas adicionales de epitelio que se extienden hacia la pared. Como tratamiento puede ser suficiente una enucleación.³
- El ameloblastoma extraóseo se localiza únicamente en los tejidos blandos que recubren las áreas que contienen dientes o las crestas edéntulas principalmente de la mandíbula. Las características histopatológicas y los patrones de crecimiento son los mismos que en el ameloblastoma

convencional. Es menos agresivo que las variantes intraóseas y suele tener un excelente pronóstico. El tratamiento generalmente consiste en la escisión local conservadora, ya que estos tumores están localizados en los tejidos blandos de la encía o la mucosa.³

- El ameloblastoma convencional, caracterizado por células similares a ameloblastos y retículo estrellado. Presenta varios subtipos: subtipo folicular, plexiforme, acantomatoso, células granulares, basal y el desmoplásico.³ Radiográficamente se muestran como una imagen radiotransparente, unilocular o multilocular, también comparado como burbujas de jabón, esto debido a que presenta múltiples tabiques óseos que lo interceptan y puede estar o no asociado con dientes retenidos.¹²
- El ameloblastoma adenoide caracterizado por una arquitectura cribiforme y estructuras similares a conductos, a menudo con dentinoide. La mayoría son radiolúcidos y uniloculares con límites bien definidos, pero pueden presentarse multilocularidad, mineralización interna, perforación cortical, reabsorción radicular.¹²

El pronóstico en general, de los ameloblastomas es favorable si se realiza un tratamiento adecuado, siendo principalmente la resección quirúrgica amplia. Sin embargo, debido a su capacidad invasiva local, los ameloblastomas pueden destruir estructuras óseas adyacentes y ocasionar deformidades faciales si no se tratan a tiempo.¹²

2.3 Ameloblastoma adenoide

2.3.1 Definición

El ameloblastoma adenoide es un tumor benigno, raro, de origen odontogénico, histológicamente se caracteriza porque presenta epitelio ameloblástico cuboide a columnar que forma estructuras tubulares, verticilos epiteliales y arquitectura cribiforme, acompañado de depósitos de dentinoide, grupos de células claras y queratinización de células fantasma.¹³

2.3.2 Antecedentes

En 1994, el Dr. Brannon publicó un caso clínico de una lesión que demuestra una proliferación similar a un tumor odontogénico adenomatoide asociado con una clara diferenciación ameloblástica. En su caso clínico también se identificó depósito de dentinoide, y el tumor se definió como un ameloblastoma adenoide con dentinoide. Este caso fue uno de los primeros en documentar esta rara variante de tumor odontogénico híbrido. Sin embargo, tras su publicación, este tipo de lesión continuó siendo una rareza en la literatura, con muy pocos casos reportados posteriormente.¹

2.3.3 Clínica

La ubicación con mayor predilección es la mandíbula en la región posterior, clínicamente se observa como un aumento de volumen asintomático, con un diámetro medio de 40 mm. A veces hay dolor y parestesia.¹⁴

2.3.4 Imagenología

Radiográficamente se muestran como lesiones radiolúcidas y uniloculares con bordes bien definidos, pero pueden presentar multilocularidad, mineralización interna, perforación cortical, reabsorción radicular y afectación de los senos paranasales.¹⁵

2.3.5 Epidemiología

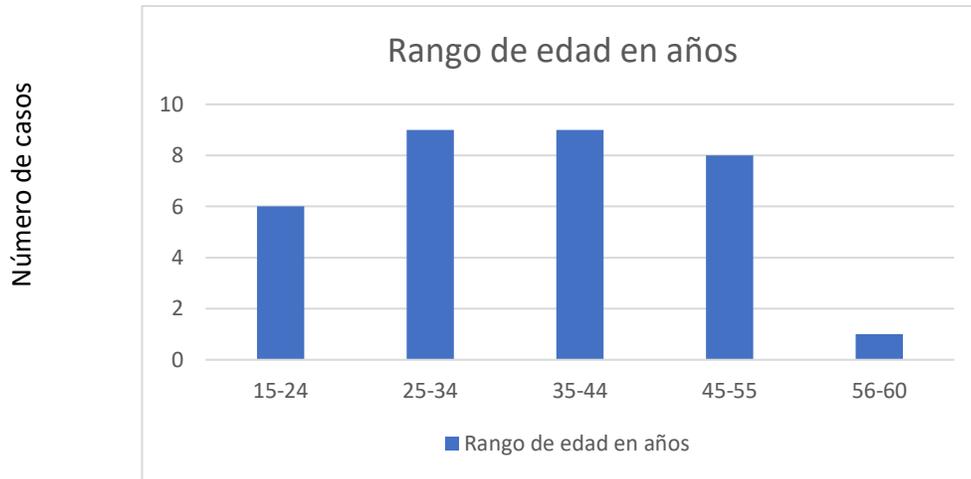
La mayoría de los casos se reportan en adultos de entre 25 y 55 años, con mayor predilección por el sexo masculino (H:M 1.3:1).^{3,9}

Jayasooriya et al. reportaron que, hasta el 2022, se publicaron 34 casos de ameloblastoma adenoide. El 76.5% se produjeron en adultos con edades comprendidas entre 25 y 56 años, con una ligera predilección por el sexo femenino con una proporción hombre:mujer de 0.9:1. Aproximadamente el 64.7% ocurrieron en la mandíbula. Radiográficamente, el 82.4% de los ameloblastomas adenoides se presentaron como lesiones radiolúcidas, mientras que el 47.1% ocurrieron con márgenes mal definidos y perforación cortical en el momento del diagnóstico. Además, el 45.4% de los tumores desarrollaron al menos una recurrencia después de la escisión quirúrgica.¹ (Tabla 2 y gráfica 1)

Tabla 2. Hallazgos clínicos en los casos reportados en la literatura ¹

Manifestaciones clínicas de los ameloblastomas	Frecuencia
Mandíbula	64.7%
Lesiones radiolúcidas	82.4%
Radiográficamente mal definidos	47.2%
Recurrencia	45.4%

Gráfica 1. Representación gráfica de la distribución de la edad de los casos de ameloblastoma adenoide. ¹



En una búsqueda con los términos MeSH “adenoid ameloblastoma”, “ameloblastoma adenoid” y “odontogenic tumours” en la base de datos PubMed en un periodo de tiempo del 2001 al 2024, se encontraron 29 casos en un total de 15 artículos indexados. El periodo de tiempo de búsqueda fue desde el 2001 ya que en el artículo titulado “Atypical plexiform ameloblastoma with dentinoid: adenoid ameloblastoma with dentinoid” de Matsumoto et al. en el 2001, previo a la clasificación de la OMS ya contemplaban la posibilidad de esta entidad. De los 29 casos reportados en la literatura, 10 (35%) se presentaron en mujeres y 19 (65%) en hombres, en un rango de edad de los 19 a los 70 años y un promedio de 41 años. El 48% de los casos (14) se presentaron en el maxilar y en el 52% de los casos (15) afectaba la mandíbula. En el 75% se realizó una escisión completa de la lesión como tratamiento. (Tabla 3)

Tabla 3 Reportes de casos de ameloblastoma adenoide de 1974-2024

Autor	Año	Casos	Sexo	Ubicación	Edad
Ghasemi-Moridani S, Yazdi I.	2008	1	Mujer	Maxilar	19
Loyola AM et al.	2015	5	3 hombres 2 mujeres	4 maxilar 1 mandibular	Edad media fue de 44 ± 10 años
Rayra et al.	2022	1	Hombre	Maxilar	34 años
Gitika Sharma et al.	2023	2	2 mujeres	Mandíbula	32 y 60 años
Harishchandra K Rai	2017	1	Hombre	Mandíbula	55 años
Y Matsumoto et al.	2001	1	Hombre	Mandíbula	19 años
José Alcides Almeida de Arruda	2020	1	Mujer	Maxilar	54 años
Tabita J. Chettiankandy	2023	1	Mujer	Mandíbula	35 años
Sebastian A Jofre et al.	2022	1	Mujer	Maxilar	70 años
Yuri Noda et al.	2023	1	Mujer	Mandíbula	23 años
Saja A Alramadhan et al.	2022	1	Mujer	Mandíbula	62 años
Kartikay Saxena et al.	2012	1	Hombre	Maxilar	45 años
Brian L Evans et al.	2004	1	Hombre	Mandíbula	39 años
Ondina Karla Mousinho Rocha Torres	2024	1	Hombre	Mandíbula	24 años
Shashi Keshwar et al.	2024	1	Hombre	Mandíbula	34 años
Bruna Pizziolo Coura et al.	2021	9	9 hombres	5 maxilar 4 mandíbula	24-56 años

2.3.6 Histopatología

Las características histopatológicas del ameloblastoma adenoide, presenta un patrón cribiforme de células basales de polaridad nuclear invertida y un componente de epitelio suprabasal semejante al retículo estrellado. Las células basales se disponen en multicapa, de morfología redonda u ovoide. Cuenta con estructuras similares a conductos formadas por células cuboidales y columnares, algunas con

contenido mucinoso. Adicionalmente presentan población de células claras asociadas a dentinoide.⁵

El ameloblastoma adenoide también llamado con dentinoide, muestra características histopatológicas tanto del ameloblastoma como del tumor odontogénico adenomatoide. Dadas las similitudes histológicas con otros tumores y la alta tasa de recurrencia, se necesita establecer más las características de esta entidad.⁹

Los ameloblastomas adenoides no presentan las típicas mutaciones BRAF p.V600E, que están en otros ameloblastomas, ni tampoco las mutaciones KRAS p.G12V y p.G12R característica del tumor odontogénico adenomatoide, en su lugar presenta mutaciones en CTNNB1. Esto es importante porque sugiere que es genéticamente distinto de los ameloblastomas y de los tumores odontogénicos adenomatoides, apoyando la idea que se trata de una entidad independiente.¹⁶

Estas características genéticas influyen en el comportamiento clínico, ya que la presencia de mutaciones específicas, como la BRAF p.V600E en ameloblastomas, se ha asociado con un comportamiento más agresivo y una mayor capacidad de recurrir y en cuanto al tratamiento los tumores con mutaciones en la vía de señalización MAPK se les puede realizar terapias dirigidas que inhiben esta vía. En el caso del ameloblastoma adenoide, por ser molecularmente distinto no es factible este tipo de estrategia de tratamiento.¹⁶

Entre sus diagnósticos diferenciales a considerar pueden ser otros tumores odontogénicos como el Tumor odontogénico adenomatoide, sin embargo, en este el epitelio puede aparecer nodular, trabecular o cribiforme con estructuras similares a conductos y pueden estar presentes depósitos de amiloide, otro diagnóstico a considerar es el Tumor odontogénico calcificante, pero este carece de verticilos, estructuras similares a conductos y arquitectura cribiforme. También el Tumor dentinogénico de células fantasma, que además de estas células de igual modo presenta epitelio ameloblástico con empalizada de células basaloides pero tampoco cuenta con verticilos.⁵

2.3.7 Pronóstico

En cuanto a su pronóstico es localmente infiltrante, con una tasa de recurrencia de hasta el 70%, la cual se ha asociado a los casos que presentan mayor atipia citológica, hipercelularidad, la positividad de p53 y el alto índice del 70% de proliferación de Ki-67 ($\geq 70\%$).^{4,5}

2.3.8 Tratamiento

El tratamiento convencional es la resección quirúrgica, sin embargo, adicionalmente en algunos pacientes también pueden recibir radioterapia como adyuvante para prevenir la recurrencia del 45.4%.^{1,9}

3. PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO

Mujer de 40 años que acudió a la Clínica de Cirugía Oral y Maxilofacial DEPEI Facultad de Odontología UNAM, por un aumento de volumen en la zona vestibular y palatino en la región premolar del maxilar de lado derecho, de aproximadamente 2 cm de diámetro mayor, superficie lisa, base sésil, color rosa, consistencia media y de bordes poco definidos. Cabe recalcar que la paciente acude con un reporte histopatológico previo de biopsia incisional de dicha lesión con el resultado de tumor dentinogénico de células fantasma, reporte histopatológico elaborado por la Dra. Claudia Patricia Mejía Velázquez. (Imagen 1 y 2)



Imagen 1. Fotografías extraorales: B frontal, A y C laterales. Fotografías cortesía de la especialización en Cirugía Oral y Maxilofacial.

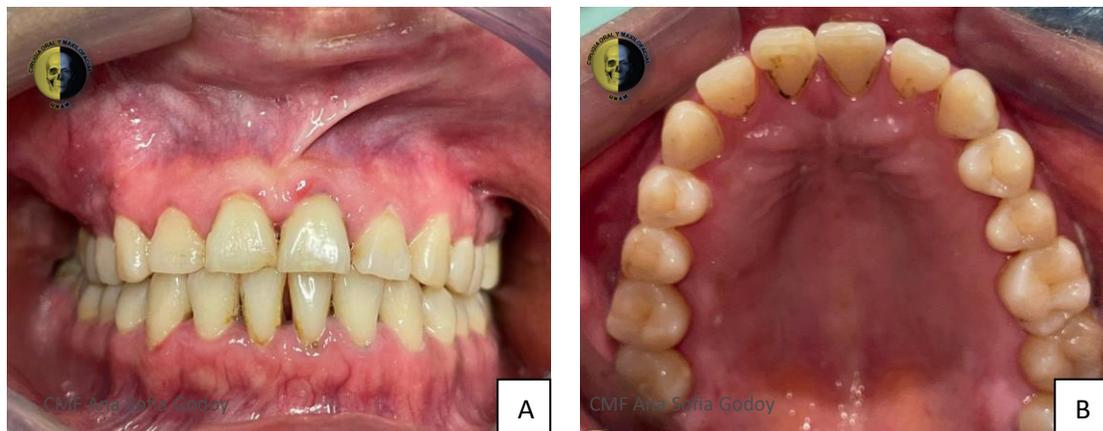


Imagen 2 Fotografías intraorales, frontal (A) y oclusal superior (B), donde se aprecia el aumento de volumen en el maxilar en la zona de premolares de lado derecho. Fotografías cortesía de la especialización en Cirugía Oral y Maxilofacial

3.1 Imagenología

Se le solicitaron estudios imagenológicos que constaron de tomografía computarizada con ventana para hueso, reconstrucción 3D y ortopantomografía, con las cuales se puede identificar una lesión en la zona de los dientes premolares 14 y 15, radiolúcida bien circunscrita, de forma oval, que involucra desde el canino al segundo premolar superior derecho y que adelgaza la cortical palatina y destruye las corticales óseas vestibular, mesial y distal. En la Clínica de Cirugía Oral y Maxilofacial DEPEI Facultad de Odontología UNAM realizaron biopsia excisional de la lesión y la muestra fijada en formol al 10% se remitió al Departamento de Patología Bucal y Maxilofacial de la DEPEI Facultad de Odontología UNAM para su análisis histopatológico. (Imagen 3, 4 y 5)



Imagen 3. Ortopantomografía que evidencia una lesión radiolúcida en el maxilar posterior

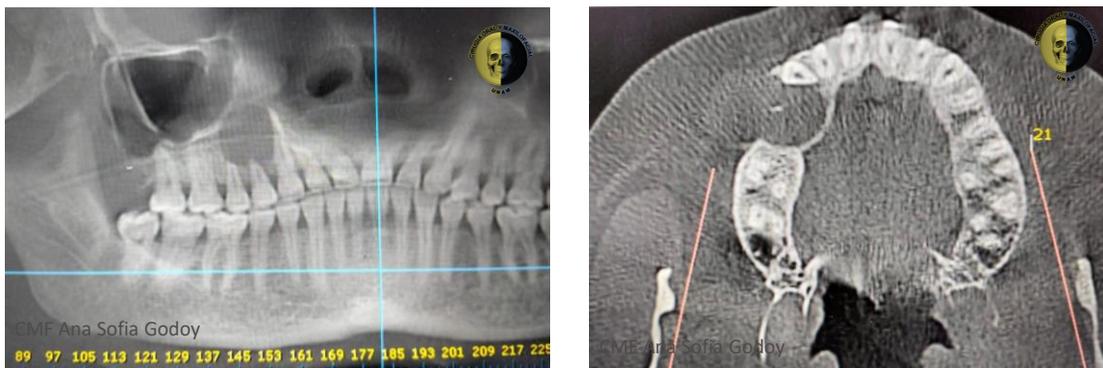


Imagen 4 Tomografía computarizada con ventana para hueso corte frontal (A) y corte transversal (B). Se identifica lesión hipodensa a hueso bien circunscrita en el maxilar de lado derecho que compromete corticales óseas.



Imagen 5. Reconstrucción 3D. Se observa el defecto óseo asociado a la lesión en zona de premolares superiores.

3.2 Características macroscópicas

En el estudio macroscópico consistió en múltiples fragmentos de tejido blando fijados en formalina, que midieron en conjunto 5.3 x 2.1 x 1.2 cm, los fragmentos de mayor tamaño presentaban forma capsular, superficie irregular, color café oscuro con áreas café claro y consistencia firme. Los fragmentos más pequeños eran de forma irregular y con las mismas características de superficie, color y consistencia. Todos los fragmentos se procesaron para su posterior análisis histopatológico. (Imagen 6)



Imagen 6. Múltiples fragmentos de tejido blando que miden 5.3 x 2.1 x 1.2 cm en total. Los fragmentos más grandes eran capsulares y de color marrón oscuro, mientras que los más pequeños eran irregulares.

3.3 Características microscópicas

En los cortes histológicos examinados teñidos con hematoxilina y eosina se observó una proliferación neoplásica de epitelio odontogénico, en patrones cribiforme, plexiforme y folicular. Las células basales se disponían en empalizada con polarización inversa de sus núcleos, hiperchromatismo e hiperplasia basilar. En otras zonas se evidenciaban estructuras ductales, con un contenido de material de afinidad tintorial eosinófila y cuyas células suprabasales se disponían en forma de red, recordando al retículo estrellado. En otros campos se identificó subepitelialmente una matriz de afinidad tintorial eosinofílica compatible con dentina displásica. Adyacente al epitelio ameloblástico se observaron estructuras esféricas eosinófilas con el espacio nuclear vacío, compatibles con células fantasma. La pared que lo soporta es de tejido conjuntivo denso bien vascularizado, con la presencia de infiltrado inflamatorio crónico linfoplasmocitario y grandes áreas de extravasación eritrocitaria. (Imagen 7)

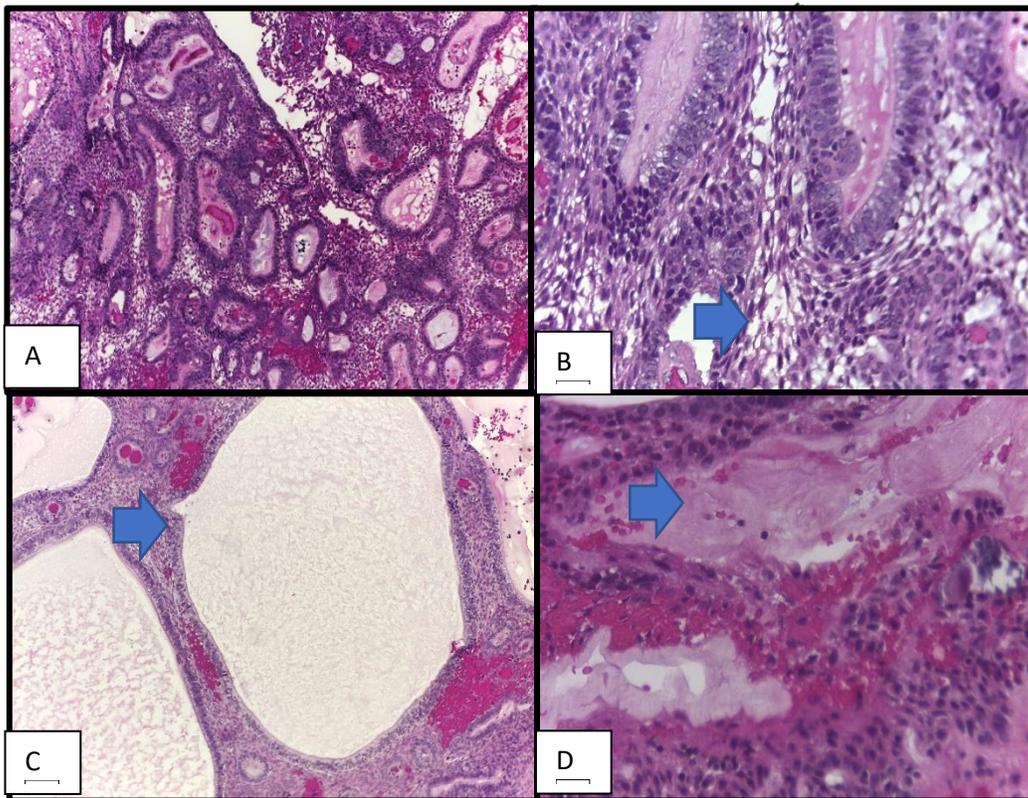


Imagen 7. (A) Fotomicrografía a 40X Patrón cribiforme de estructuras ductales con material eosinofílico. (B) Fotomicrografía a 400X Zonas de retículo estrellado. (C) Fotomicrografía a 100X Formación de estructuras ductales con contenido de material eosinofílico. (D) Fotomicrografía a 400X Áreas de dentinoides.

Con base a los hallazgos clínicos-radiográficos-histopatológicos del caso presentado se emitió el diagnóstico de neoplasia benigna odontogénica: ameloblastoma adenoide. Tras el procedimiento quirúrgico, se ha llevado

seguimiento clínico de la lesión para prevenir recurrencias, por medio de citas mensuales en los primeros 6 meses, hasta el momento sin recurrencias.

Así mismo, es indispensable continuar con seguimiento postoperatorio para evaluar la eficacia del tratamiento y detectar posibles signos tempranos clínicos e imagenológicos de recidiva de la lesión. Este enfoque preventivo tiene como objetivo garantizar un control, minimizando así el riesgo de complicaciones a largo plazo para así promover la salud y el bienestar de los pacientes.

4. DISCUSIÓN

En el presente caso, la lesión se localizaba en el maxilar, una zona anatómica poco frecuente para la aparición de la mayoría de los tumores odontogénicos, pero que es frecuente en la variante de ameloblastoma adenoide.¹⁷ En cuanto a la edad, la paciente, se encuentra dentro del rango de edad que reporta la literatura, de 25 a 55 años.⁵

El hallazgo de estructuras ductales con material eosinófilo junto con la presencia de dentinoide displásico, epitelio odontogénico, con presencia de células basales que se organizan en empalizada, polarización inversa de sus núcleos e hiperchromatismo, son características microscópicas del ameloblastoma adenoide, estos aspectos han sido reportados en la literatura, por lo que los hallazgos son consistentes con lo previamente reportado para el diagnóstico de ameloblastoma adenoide.⁵ Si bien la biopsia incisional anterior fue reportada como tumor dentinogénico de células fantasma el cual no coincide con el mismo diagnóstico, si es un diagnóstico diferencial a considerar, por lo que una biopsia escisional siempre nos permite conocer el panorama más completo.

Los estudios moleculares reportan que estos tumores no albergan mutaciones BRAF o KRAS, común en otras variantes, en cambio, se han observado mutaciones en CTNNB1 en casos de ameloblastoma adenoide, junto con una tinción nuclear de β -catenina.⁵ Todos estos componentes son relevantes ya que sugieren una vía genética diferente en la patogénesis del ameloblastoma adenoide comparado con otros ameloblastomas. Es necesario indagar en tratamientos más específicos, debido a que las terapias dirigidas contra BRAF, que son eficaces en los ameloblastomas tradicionales, podrían no ser adecuadas para tratar este tumor.¹

El uso de inmunohistoquímica o tinciones especiales en el diagnóstico de tumores odontogénicos es discutible ya que hasta el momento no existen marcadores específicos para diagnosticar de manera definitiva este tipo de lesiones. Algunos estudios han demostrado que las citoqueratinas 14 y 19 se expresan con mayor frecuencia en el epitelio odontogénico y recomiendan el uso de amelogenina, una proteína del esmalte para diferenciarlas de otro tipo de neoplasias no odontogénicas.⁵

5. CONCLUSIÓN

Realizar el diagnóstico de ameloblastoma adenoide presenta varios puntos a considerar y desafíos, entre ellos se encuentra la infrecuencia en su presentación, la similitud histopatológica y clínica que comparte con otros tumores odontogénicos como el tumor odontogénico adenomatoide y el tumor dentinogénico de células fantasma, por esto mismo es difícil diagnosticar este tipo de neoplasias en biopsias incisionales, además la escasa información que existe en la literatura respecto al diagnóstico, pronóstico y tratamiento de este tipo de neoplasias. Esto puede llevar a errores en el diagnóstico, lo que resulta en un infradiagnóstico y un tratamiento conservador inadecuado. Por lo que es necesario que se reporten más casos clínicos de esta entidad para comprender y analizar su comportamiento tanto clínico, radiográfico e histopatológico.

Dado que un tratamiento conservador puede no abordar completamente la lesión, existe un riesgo significativo de recurrencia en estos casos. Por lo tanto, la identificación precisa de esta lesión es esencial para un manejo correcto y para garantizar una mejor prognosis para los pacientes afectados.¹³ En el caso presentado, a un año después del tratamiento la paciente no ha presentado recidiva de la lesión, sin embargo, se le continuará dando seguimiento clínico y radiográfico cada vez más esporádico si es que continua sin ningún hallazgo patológico.

Así mismo, podría realizarse estudios moleculares más específicos para detectar mutaciones genéticas en BRAF p.V600E o CTNNB1, útiles para corroborar el diagnóstico de ameloblastoma adenoide y/o diferenciarlo de otro tipo de ameloblastomas¹²

Es importante que los patólogos bucales estemos actualizados con las características distintivas del ameloblastoma adenoide, realizando una evaluación detallada que permita distinguirlo correctamente de otras lesiones similares. Esto asegurará un diagnóstico preciso y un tratamiento óptimo, reduciendo así el riesgo de recurrencia y mejorando los resultados clínicos a largo plazo.

6. AGRADECIMIENTOS

A la UNAM, que ya desde hace varios años forma parte de mi vida.

Agradezco al Departamento de Patología Bucal y medicina Maxilofacial de la DEPEI Facultad de Odontología UNAM por brindarme las facilidades para la presentación de este caso como modalidad de obtención de grado y a la Clínica de Cirugía Oral y Maxilofacial DEPEI Facultad de Odontología UNAM, en especial a la residente Ana Sofía Godoy y al Dr. Oscar Miranda Herrera por su colaboración al compartir las fotos clínicas de la paciente.

Extiendo mis agradecimientos al programa de becas del Sistema Nacional de Posgrados CONAHCyT, por el financiamiento durante mi residencia y apoyo para la realización de trabajo de titulación.

A todos mis profesores de la especialidad por todas sus enseñanzas, orientación, motivación y admiración.

A mi tutora, la Dra. Carla Monserrat Ramírez Martínez, por todo su apoyo, enseñanza y no solo para la elaboración de este trabajo, también por su asesoría en múltiples congresos.

A mis compañeras de generación, cada una siempre me aportó y me enseñó, además de cuidarme y protegerme en cada congreso.

A mi familia, por su paciencia, amor, compañía y comprensión durante los momentos más desafiantes de esta etapa, mis logros también son de ellos.

A mí misma, por demostrarme que si puedo.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jayasooriya P, Abeyasinghe W, Liyanage R, Uthpali G, Tilakaratne W. Diagnostic Enigma of Adenoid Ameloblastoma: Literature Review Based Evidence to Consider It as a New Sub Type of Ameloblastoma. HEAD & NECK PATHOLOGY. 2022;16:344-52.
2. Chugh A, Srivastava I, Khatana S, Nalwa A, Bharti J. Case series of adenomatoid odontogenic tumour of jaws with variations in presentation. BMJ CASE REPORTS. 2020;13.
3. Soluk-Tekkesin M, Wright J. The World Health Organization Classification of Odontogenic Lesions: A Summary of the Changes of the 2022 (5th) Edition. TURKISH JOURNAL OF PATHOLOGY. 2022;38:168-84.
4. Mosqueda-Taylor A, Ledesma-Montes C, Caballero-Sandoval S, Portilla-Robertson J, Rivera L, Meneses-Garcia A. Odontogenic tumors in Mexico - A collaborative retrospective study of 349 cases. ORAL SURGERY ORAL MEDICINE ORAL PATHOLOGY ORAL RADIOLOGY AND ENDODONTOLOGY. 1997;84:672-5.
5. Jo V, Demicco E. Update from the 5th Edition of the World Health Organization Classification of Head and Neck Tumors: Soft Tissue Tumors. HEAD & NECK PATHOLOGY. 2022;16:87-100.
6. Reichart P, Jundt G. Benign epithelial odontogenic tumors. PATHOLOGIE. 2008;29:175-+.
7. Vered M, Wright J. Update from the 5th Edition of the World Health Organization Classification of Head and Neck Tumors: Odontogenic and Maxillofacial Bone Tumours. HEAD & NECK PATHOLOGY. 2022;16:63-75.
8. Escobar E, Gómez-Valenzuela F, Peñafiel C, Ortega-Pinto A. Odontogenic tumours in a Chilean population: a retrospective study of 544 cases based on 2022 WHO classification. MEDICINA ORAL PATOLOGIA ORAL Y CIRUGIA BUCAL. 2023;28:E596-E606.
9. Noda Y, Sawada S, Sakagami T, Kojima Y, Higasa K, Tsuta K. Adenoid Ameloblastoma with BRAF p.V600E Mutation Revealing Ameloblastomatous Origin: A First Case Report. HEAD & NECK PATHOLOGY. 2023;17:788-92.
10. Pandiar D, Ramani P, Shameena P, Krishnan R, Monica K. Adenoid ameloblastoma: A neglected variant of ameloblastoma or a separate entity? ORAL ONCOLOGY. 2022;125.
11. Bastos V, Coura B, Guimaraes L, Fernandes B, Chan A, Vargas P, et al. Adenoid ameloblastoma harbors beta-catenin mutations. MODERN PATHOLOGY. 2022;35:1562-9.
12. Alramadhan S, Ruddocks L, Bhattacharyya I, Cohen D, Islam M. A rare case of peripheral adenoid ameloblastoma with dentinoid. ORAL SURGERY ORAL MEDICINE ORAL PATHOLOGY ORAL RADIOLOGY. 2023;135:E10-E3.
13. Torres O, Silva N, Barros C, Wanderley G, Pereira O, Miguel M. Adenoid Ameloblastoma: The Newly Recognized Odontogenic Tumor - A Case Report. HEAD & NECK PATHOLOGY. 2024;18.
14. de Arruda J, Noronha M, Abreu L, de Lacerda J, Silva T, Mesquita R. Adenoid ameloblastoma in the posterior maxilla: a case report and review of the literature. ORAL AND MAXILLOFACIAL SURGERY-HEIDELBERG. 2020;24:243-9.
15. Adorno-Farias D, Muniz V, Soares A, Cury P, Rabelo R, Fernández-Ramires R, et al. Ameloblastoma with adenoid features: A series of eight cases. ACTA HISTOCHEMICA. 2018;120:468-76.

16. Coura B, Santos J, Fonseca F, Bernardes V, Aquino S, Jorge JJ, et al. Adenoid ameloblastoma with dentinoid is molecularly different from ameloblastomas and adenomatoid odontogenic tumors. JOURNAL OF ORAL PATHOLOGY & MEDICINE. 2021;50:1067-71.
17. Loyola A, Cardoso S, de Faria P, Servato J, Eisenberg A, Dias F, et al. Adenoid ameloblastoma: clinicopathologic description of five cases and systematic review of the current knowledge. ORAL SURGERY ORAL MEDICINE ORAL PATHOLOGY ORAL RADIOLOGY. 2015;120:368